375

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

375

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 21 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Georges DEQUIDT
Ancien Interne en Médecine
Médaille de l'Assistance Publique

A propos d'un cas d'Aboulie

RÉFLEXIONS CLINIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Président : M. GILBERT BALLET, *professeur*

Juges MM. DEBOVE, *professeur*
GILBERT, *professeur*
FERNAND BEZANÇON, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE, Éditeur
15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. LANDOUZY**
Professeurs	**MM.**
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1901

MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

Médecin de l'Hôpital Laënnec

1903

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

Externat des Hôpitaux

1904-1905

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALLET

Médecin de l'Hôtel-Dieu

1905-1906

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHARD

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGUEU

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

1906-1907

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉBILEAU

Chirurgien des Hôpitaux

Chef du service d'otho-rhino-laryngologie de l'Hôpital Lariboisière

1907-1908

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

Chirurgien des Hôpitaux

1908

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

Accoucheur à la Maternité de Tenon

Internat de l'Hôpital de Bon-Secours

1907-1908

MONSIEUR LE DOCTEUR TISNÉ

Médecin-chef de l'Hôpital de Bon-Secours

MONSIEUR LE DOCTEUR POTHERAT

Chirurgien-chef des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DAUTEL

Médecin de l'Hôpital de Bon-Secours

A propos d'un cas d'Aboulie

RÉFLEXIONS CLINIQUES ET PATHOGÉNIQUES

INTRODUCTION

Comme le montre le titre de notre thèse nous n'avons pas essayé d'entreprendre une étude générale de l'aboulie. Une telle étude nous paraît trop vaste en raison de la multiplicité des variétés cliniques, et trop compliquée en l'absence d'une base anatomo-pathologique.

Nous voulons simplement rapporter d'une façon aussi complète que possible l'observation d'un malade qu'il nous a été donné d'examiner dans le service du professeur Ballet durant l'année d'externat si fructueuse pour nous que nous avons passée à ses côtés. Ce malade a d'ailleurs fait l'objet d'une communication par notre maître en juin 1905 à la Société de Neurologie. C'est cette observation que nous reprenons ici, que nous voulons compléter en

en y ajoutant les faits que nous avons pu recueillir auprès du malade, depuis la date de sa sortie de l'hôpital jusqu'a ce jour.

Nous avons pensé, en raison de l'intérêt particulier que présente cette observation, pouvoir à son propos soumettre quelques réflexions cliniques et pathogéniques qui comporteraient une modeste contribution à l'étude encore si imprécise jusqu'ici de l'aboulie.

Notre maître, le professeur Ballet, a bien voulu, dans cette voie, nous encourager et nous guider, et dans ce travail que nous lui dédions, nous nous sommes continuellement inspiré de l'enseignement recueilli dans son service.

Qu'il nous soit donc permis de lui exprimer ici notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION CLINIQUE

N'ayant d'autre prétention que de commenter un cas d'aboulie, c'est par la présentation de notre malade que nous devons débuter, sauf cependant à essayer au préalable d'esquisser les éléments principaux dont se compose une définition de l'aboulie.

Au sens étymologique du mot, aboulie signifie manque de vouloir. Mais en réalité l'acte volontaire comporte deux stades : un stade impératif et un stade exécutif, intimement liés et coordonnés entre eux normalement.

Dans certains cas le stade exécutif est contradictoire du stade impératif, c'est ce qui constitue le phénomène de *l'apraxie* étudié récemment. Dans d'autres, le stade impératif est insuffisant à provoquer le stade exécutif par défaut de représentation nette de l'image qui est en quelque sorte floue. C'est là une première forme d'aboulie. Une forme non moins intéressante est celle où le stade impératif est inhibitoire du stade exécutif. Dans ce cas l'aboulie est l'impossibilité d'exécuter le mouvement lié à la représentation mentale, malgré l'effort volon-

taire. De sorte qu'en réalité, qui dit aboulie au point de vue pathologique ne dit pas forcément absence de vouloir, mais parfois impossibilité d'exécuter le mouvement voulu avec possibilité toutefois sous certaines influences de cette exécution à un moment donné, ainsi que le montrent nettement les faits que nous allons rapporter dans notre thèse.

Une définition qui résume bien les conditions de l'acte volontaire en même temps qu'elle rappelle les deux formes principales de l'aboulie est celle de Ballet. C'est « l'impuissance à vouloir, à se déterminer à l'acte et à l'exécuter bien que l'intelligence ait conçu l'acte à exécuter et que le sujet ait le désir de le réaliser ».

L'étude d'un cas d'aboulie doit se proposer pour but, non seulement de faire connaître à quel stade de l'acte volontaire se place l'aboulie mais d'essayer d'expliquer le mécanisme mental auquel elle est étroitement liée, et c'est une observation détaillée qui doit servir de base et de point de départ à notre discussion.

OBSERVATION

L..., âgé de vingt-sept ans, entre le 17 avril 1905 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Ballet. Il est dans un état de maigreur extrême, et c'est parce que depuis quelques jours il ne se nourrit plus spontanément qu'on l'amène à l'hôpital. Les renseignements que nous pouvons recueillir nous

sont donnés par sa mère, ils sont d'ailleurs complétés plus tard par le malade lui-même.

Antécédents. — Hérédité paternelle névropathique. Son père manifestement éthylique mort à quarante-sept ans d'une maladie de foie. Son grand-père et ses oncles sont des névropathes.

Lui-même durant son enfance et son adolescence est un chétif et un malingre. Tempérament calme et doux, mais entêté, capricieux, à l'école il présente de grandes irrégularités dans ses notes, tantôt studieux, appliqué, tantôt distrait, rêveur. Naturellement enclin à la rêverie ; peu d'aptitudes pour le travail intellectuel. Par contre goût prononcé d'ailleurs héréditaire pour les choses artistiques, plus spécialement pour la sculpture. Plus tard il s'occupe avec succès de peinture, de photographie artistique, de dessin. La mécanique l'intéresse également, quoi qu'il n'ait reçu aucun enseignement de cette science, et sans connaître aucun principe de physique il invente sans l'exécuter un frein mécanique pour les locomotives rapides. C'est un imaginatif, un peu maniaque de l'invention, fréquemment absorbé dans ses recherches, ce qui lui vaut l'épithète de « distrait » dans son entourage.

A vingt ans il a eu un accident de bicyclette dans lequel il s'est fracturé le maxillaire inférieur, et d'après lui sa distraction et ses préoccupations imaginatives ne sont pas étrangères à cet accident.

A vingt-deux ans, à la suite de surmenage physique, il est obligé de s'aliter pendant une période de trois mois durant lesquels il parlait peu, ayant toujours le regard fixé sur « des points noirs » qu'il appelait « des fixités ». Toutefois cet état

ne provoqua pas d'inquiétude dans son entourage. On le mit sur le compte du surmenage et la cure de repos fut seule instituée. Graduellement il réintégra la vie normale, et put dans la suite exercer à Paris sa profession de photographe jusqu'à cinq ans environ après, début de sa maladie actuelle.

Symptômes de la maladie actuelle (1905). — *Début* à la suite du surmenage physique et de dépression morale, vers le mois de février 1905. Le malade, dit son entourage, fait de la « neurasthémie » ; son appétit est considérablement diminué ; son énergie physique et morale est presque nulle. Il se laisse vivre. Toutefois il présente un état de nervosisme exagéré. Il s'irrite facilement. Ces troubles s'accroissent lentement, en même temps que s'installent des phénomènes douloureux gastriques.

Vers le mois de mars 1905 débutent à proprement parler les troubles qui vont progressivement mener le malade à l'aboulie. Le malade passe des heures à réfléchir, dans un état de rêverie qui n'est pas sans analogie avec des phénomènes que nous décrirons dans la période d'état, et que nous pourrions appeler « rêverie extatique ».

Il devient très irritable, discute agressivement à propos de tout. Pendant un certain temps il continue à se nourrir, à se promener mais il est déjà incapable de continuer son métier de photographe, car il commence à fixer les objets, un point quelconque de ses plaques, ses crayons de retouche, etc. Se met à bégayer par intermittences. Puis des troubles plus graves s'installent ; petit à petit le malade est immobilisé dans son lit, enfin il lui est impossible de se nourrir spontanément, on est obligé de le gaver. C'est dans cet état qu'il est admis dans le service du professeur Ballet et nous pouvons l'examiner le lendemain.

Période d'état. — Ce qui frappe tout d'abord c'est son immobilité dans la position demi-assise les yeux à peine entrouverts le plus souvent, dans une attitude qui rappelle un peu celle d'un extatique plongé dans ses méditations. Interrogé le malade ne semble pas entendre, et ne répond pas. Devant lui on cause, on se déplace ; il semble insensible aux impressions du monde extérieur. L'infirmière du service nous apprend qu'à grand'peine elle a réussi à lui faire absorber par la voie buccale une quantité insignifiante de liquide ; lorsqu'elle a essayé de le faire manger elle a rencontré une inertie totale. Nous essayons par tous les moyens d'attirer son attention et de tirer quelques renseignements de son observation. De guerre lasse nous sommes obligé de remettre notre examen à un autre moment, lorsque, au moment précis où nous le quittons, il se met à causer. En définitive cette conversation est à peine ébauchée et c'est seulement par des examens répétés et grâce à des bribes de paroles échappées, à des ébauches de réaction que nous arrivons à analyser quelque peu le fonctionnement de ses facultés. D'ailleurs au cours de l'évolution de sa maladie cet examen a été complété et nous pouvons ainsi nous rendre compte des faits suivants.

Examen mental. — *Intelligence.* — Notre malade appartient à la catégorie spéciale des ouvriers d'art. Il a reçu une instruction élémentaire. Toutefois son niveau intellectuel est au-dessus de la culture qu'il a reçue. Actuellement son intelligence ne semble pas atteinte. Il comprend nettement les questions qui lui sont posées et les conversations qui se tiennent autour de lui. S'il n'y répond pas, ainsi qu'il a eu l'occasion de nous le dire maintes fois, c'est qu'il ne peut pas.

Bien plus le malade se rend compte de son état. Il s'en inquiète et en souffre.

Mémoire. — La mémoire est intacte. Le malade suit comme nous l'avons dit les événements qui se passent et se succèdent autour de lui et il en garde le souvenir. C'est ainsi qu'il se rappelle tous les détails de sa maladie et de son admission à l'hôpital, ainsi qu'il a pu nous le certifier dans la suite, le jour où il a causé facilement.

Raisonnement. — Le malade conserve intacte la faculté de grouper ses souvenirs, de les coordonner. De même, dans une conversation quoique les phrases soient dites péniblement, par bribes, elles cadrent entre elles, constituent un raisonnement logique. C'est ce que nous avons pu constater dès le début et qui a mis complètement hors de cause la vésanie à laquelle nous eussions pu penser tout d'abord.

Orientation et perception. — Le malade est parfaitement orienté dans le temps et dans l'espace. Il distingue nettement les formes et les contours, non sans certaines difficultés qui résultent d'un trouble de l'attention appartenant en propre au syndrome de l'aboulie et sur lequel nous reviendrons tout à l'heure. Il perçoit les couleurs, les tons et les nuances. Il reconnaît et distingue les personnes et les objets, et même certains détails dont il note la description lorsqu'on arrive à le faire causer.

Attention et association d'idées.— Les facultés d'attention, d'association d'idées, chez notre malade, sont atteintes plus particulièrement, et ce sont ces troubles qui doivent nous retenir, car ce sont eux qui constituent les signes révélateurs de l'aboulie.

Le malade nous a fourni d'ailleurs lui-même des rensei-

gnements précieux, des descriptions cliniques particulièrement suggestives, des explications parfois ingénieuses, qui dénotent chez lui une certaine finesse d'auto-observation et dont nous donnons le détail à peu près textuel.

« Je fixe, dit-il, continuellement en imagination des fragments d'objets, des points noirs, des mots, sans que je puisse arriver à détacher mon esprit de ces représentations, faisant des efforts continuels pour l'en détacher. »

« Je cherche continuellement jour et nuit à me détacher de ma représentation sans y arriver, et c'est pour moi un effort d'esprit considérable ». « Je n'arrive jamais à mettre une idée en forme; il semble que ma représentation a des contours flous, elle n'est pas assez nette pour que je puisse l'en détacher. »

Brusquement au cours d'une conversation, il s'arrête, le regard fixe — « A quoi pensez-vous ? » — « Je me représente un triangle ! (Nous ne savons par quelle association cette image a pénétré dans son esprit). Je fixe les côtés, puis les angles de ce triangle, car je n'arrive pas à me représenter nettement les contours de mon image, suffisamment pour détourner mon attention. »

Il est intéressant de suivre l'évolution d'une représentation liée à une perception. Le malade dit lui-même que ses perceptions sont parfaites. « Me voyez-vous ? » — « Très bien ». A ce moment il a abaissé son regard, il semble fixer sur nous un point spécial. Il fait un effort pour reprendre sa conversation puis explique : « Je vous regarde d'un coup d'œil d'ensemble et fatalement, presque aussitôt, je regarde votre blouse, j'en fixe un pli, puis une partie de ce pli, puis un point et je ne peux détacher mon regard de ce

point. Vous, dit-il, vous sautez d'une représentation à une autre, moi je traîne sur une représentation et il faut une cause extérieure pour m'en retirer. » On l'interroge sur la nature des images qui fixent et immobilisent son attention : « Tout ce qui a une forme, dit-il,une représentation d'abord nette se dégrade et se divise progressivement dans mon esprit ; je finis toujours par voir des traits noirs et des lignes. »

En résumé toute image apportée dans sa conscience soit par le mécanisme de la perception, soit par celui de l'association des idées peut être le point de départ d'une obsession. Au cours d'une conversation, il veut dire : « Quand j'étais à Beaujon, le médecin me disait que le séjour de l'hôpital était mauvais pour moi. » Il commence : « Quand j'étais à Beaujon... » puis s'arrête l'espace d'une minute et continue ; « le mot de Beaujon m'avait fasciné, fixé, hypnotisé ; je ne pouvais pas me détacher de lui. »

Il ajoute cependant que si l'objet remue, pas de trouble, les objets mobiles changent de forme, passent d'eux-mêmes, et il n'est pas obligé de faire des efforts pour les chasser.

Le malade insiste sur la souffrance qui résulte de cette perpétuelle lutte intérieure « pour se détacher de lui-même » — « Quand je tâche de mettre l'objet en forme et que je le fixe pour m'ôter, j'étouffe et ma tête se raidit toute ; j'ai des tiraillements d'estomac et mes efforts sont tellement pénibles qu'il m'arrive de vomir. Quelquefois même, je me contracte avec tant de violence que ma respiration s'arrête et je suis libre de ce fait pendant quelques instants. »

Il dira plus tard qu'il a fourni un travail cérébral considérable pendant toute cette période de sa maladie. Epuisé, il

lui arrivait de supplier son entourage alors qu'on le voyait trop absorbé, de venir le secouer, lui tourner la tête, l'arracher ainsi d'une représentation à laquelle il était englué, et l'aider à « sortir ».

Au début, quand les troubles étaient moins accentués et plus rares, il parvenait par un choix de combinaisons à se détacher spontanément de ses obsessions. Ainsi il avait comme règle de penser à tel objet ou à tel autre suivant la forme de sa représentation obsédante. S'il pensait à un objet carré, il lui suffisait de dire en raisonnant : un carré à quatre angles droits et sa représentation prenait une forme suffisante pour en éloigner le caractère obsédant. De même, le fait seul de fermer les yeux, mouvement relativement facile au début de sa crise, supprimait ou écartait les objets fixés, et l'obsession, même si elle continuait, avait un caractère moins absorbant. Finalement tous ces procédés primitivement efficaces devenaient insuffisants ; ainsi les angles eux-mêmes ou leur représentation devenaient points de départ d'obsessions.

Activité ; Volonté. — C'est par cette obsession que le malade explique lui-même son négativisme apparent. « On croit autour de moi que je ne veux pas parler, que je refuse de répondre, que je ne veux pas boire, c'est parce que je ne peux pas m'ôter de moi-même pour accomplir les actes les plus simples. » Nous lui demandons d'expliquer pourquoi il ne boit pas : « Vous avez cependant l'idée et le désir de boire ; pourquoi n'entraînent-ils pas l'acte ? » — « Oui, j'ai l'idée ; mais elle est trop vague ou trop rapide. Mes idées ne sont pas assez fortes, ne restent pas assez pour que je les exécute. »

« L'image que je fixe constitue pour une image nouvelle introduite et qu'il s'agit d'exécuter un véritable diaphragme d'appareil photographique dont le rôle est de rétrécir le champ des rayons lumineux. »

L'image nouvelle est insuffisante parce qu'insuffisament éclairée.

A un moment donné il exécute le premier temps d'un mouvement comme de porter la main à son verre pour boire, il s'arrête brusquement et regarde fixement le verre : « L'idée est passée, alors je regarde l'objet. »

Quelquefois il donne une autre explication de ces troubles : « Mon idée est trop forte, elle empêche le mouvement. » Il ajoute qu'il comparerait sa volonté à un « ressort trop tendu qui ne pourrait plus se détendre ». Il lui suffit quelquefois de respirer pour pouvoir achever le mouvement.

Il raconte un fait assez typique qui lui est survenu avant sa maladie actuelle : il était arrêté entre deux rails de chemin de fer, en fixant un arbre : « Je voulais m'ôter, je trépignais sur place, m'ôtant légèrement ; je reviens sur mes pas. Enfin arrive le train : parce que je voulais m'ôter, je ne pouvais et je me serais fait écraser sans le sifflet du mécanicien dont le bruit m'a secoué suffisamment pour me faire partir. »

Il raconte également que depuis six mois, quoique assez bon musicien, il ne savait plus jouer du piano parce qu'il fixait les touches.

Une observation intéressante est celle qui consiste à le voir manger, au début de la période d'atténuation des troubles. Il prend sa fourchette péniblement, la traîne en quelque sorte sur son assiette, puis brusquement avale bouchée sur bouchée, gloutonnement. Si on a le malheur de lui adres-

ser la parole à ce moment-là, il s'arrête, et ce n'est qu'après de pénibles efforts révélés par des contorsions des épaules et de la tête qu'il arrive à reprendre ses bouchées et toujours par saccades avec la même brusquerie. Quand il parle, même efforts. Il ne répond pas immédiatement et après une hésitation de durée variable, les mots partent comme par explosion, ou c'est un véritable flot de paroles. Au cours d'une conversation qui date déjà du déclin de sa maladie, il semble s'accrocher à un mot ; à ce moment il contracte son peaucier du cou et ses deltoïdes, tous signes qui traduisent l'effort puis la phrase commencée reprend normale.

A la même période décroissante, nous avons essayé de le faire lire. Il y arrive péniblement, lit une ligne tout entière, puis s'arrête ; il voit la ligne se prolonger indéfiniment, il pourrait continuer à lire si elle se prolongeait en effet. Mais il lui est d'abord impossible, puis extrêmement pénible de sauter d'une ligne à une autre.

En pleine période d'état de sa maladie, nous lui demandons s'il saurait écrire ; il répond que les lettres l'hypnotiseraient, nous arrivons à lui faire prendre une plume, il la pose sur le papier, cesse sa respiration puis jette violemment sa plume. « Impossible, dit-il, je fixe la plume. »

Emotivité ; relations avec l'activité volontaire. — L... aurait à se plaindre de la brutalité des infirmiers à la fois pour son compte et pour le compte de ses voisins malades (dont quelques-uns sont des vésaniques ou des agités) ; il en garde rancune et l'une des premières conversations correctes qu'il peut tenir est faite de son indignation et de sa colère, et c'est le récit des brutalités observées qui en fournit le thème.

Certaines personnes, parmi le personnel infirmier, lui inspirent plus de sympathie ; il raconte et montre qu'il lui est plus facile de manger lorsqu'il est aidé par elles. Egalement de causer lui est moins pénible lorsque c'est à une personne dont la vue lui procure quelque plaisir. Il dit pour expliquer ce phénomène que cette sympathie est pour lui un stimulant et une détente.

Un fait intéressant et qui a marqué une étape dans l'évolution de sa maladie est l'intervention d'une personne, autrefois amie intime, mise au courant de sa situation et qui est venue lui faire l'agréable surprise de venir le voir à l'hôpital. Ce malade, qui causait à peine et avec effort à son entourage habituel, a tenu une conservation suivie à une allure presque normale. A partir de ce jour un progrès considérable s'est dessiné vers la guérison et l'effet thérapeutique de cette intervention a été des plus heureux (1).

Autres symptômes mentaux. — Nous avons interrogé le malade sur l'existence possibles de phobies ou de scrupules dont il aurait souffert antérieurement, nous ne l'avons pas constatée. Nous nous rappelons cependant a la fin d'une des premières conversations que nous avons eues avec lui cette parole : « Est-ce bien sûr que je vous ai causé ? » Nous n'avons pas réussi à dépister d'autres phénomènes de doute. Nous signalons encore sans essayer de le classer le fait suivant. A titre de prodrome de sa maladie, le malade raconte

1. Comme autre fait prouvant l'intervention de l'émotion dans l'activité volontaire signalons que le malade déjà malhabile à jouer du piano « parce qu'il fixait les touches » jouait très correctement en présence de personnes devant qui il aurait rougi d'avouer les troubles dont il commençait à souffrir.

que lorsqu'il modelait, il passait son ébauchoir dix fois à la même place, plus qu'il ne fallait. Il enlevait de la terre dix fois là où une fois suffisait ; son professeur lui faisait remarquer que c'était mal.

Il le savait bien, mais il était forcé de faire ainsi.

Signes fonctionnels. — *Sensibilité subjective*. — Le malade se plaint de tiraillements d'ectomac, de crampes gastriques avec phénomènes de constriction à la base du thorax,

Ces phénomènes présentent une intensité variable. Ils sont surtout marqués pendant la durée de l'obsesion, prenant là les caractères d'un véritable « angor » et contribuant à augmenter la souffrance du malade, ajoutant à son angoisse morale une douleur physique. L'angoisse dont se plaint le malade semble plutôt due à l'effort qu'il produit pour se détacher de son obsession que produit par cette obsession même. Il explique qu'il lui est extrêment pénible d'avoir l'esprit aussi longtemps tendu, et c'est cette tension, ce perpétuel effort accompagné d'angoisse dont le souvenir a toujours depuis causé chez lui un véritable effroi.

Il se plaint également d'une insomnie presque absolue rebelle à tout traitement.

Aucun trouble marqué de la sensibilité *objective* générale ou sensorielle.

Motricité. — A l'état de repos, ses muscles sont inertes ou contracturés, suivant qu'il se raidit plus ou moins contre l'obsession. C'est l'explication qu'il donne pour expliquer que tantôt ses jambes sont flasques, tantôt contracturés en flexion. Mis debout, ses jambes semblent parésiées, on le pousse légèrement, il marche à peu près correctement, comme si on avait eu besoin de le « mettre en train ». « Une fois

amorcé, son moteur fonctionne bien », « mais il fallait dépasser le point mort » : ce sont là autant d'expressions que nous empruntons au malade lui-même. Plus tard, marchant bien et spontanément, il lui arrivait de s'arrêter parce qu'il fixait ses jambes ou un point quelconque du sol, ou bien arrivé auprès d'un mur il était incapable de se retourner, parce qu'il le fixait.

Réflexes.— Normaux, un peu forts. Leur recherche détermine presque constamment de la contracture généralisée.

Signes physiques. — En dehors de son aspect extérieur, et de sa maigreur, rien à signaler. L'examen de ses divers appareils ne révèle aucune lésion organique.

Evolution. — L'évolution de la maladie a été la marche progressive vers la guérison. Il fixe moins et moins fréquemment ses représentations. Il est plus facile de le « sortir ». D'ailleurs le souci de quitter l'hôpital lui apparaît comme un stimulant ; il nous écrit qu'il veut absolument en sortir et qu'au besoin pour ce faire il s'enfuirait. Son départ était fixé pour le 10 juillet lorsque profitant d'une surveillance moins active dans le service de M. le Dr Brissaud où il avait été momentanément placé, il emprunte les vêtements de son voisin de lit et quitte l'hôpital sans être remarqué. Plus tard, il s'explique sur cette évasion et dit qu'il a trouvé dans la joie de redevenir libre toute l'activité nécessaire pour son escapade et qu'il était sûr de ne pas subir d'accroc.

Nous avons eu l'occasion de revoir souvent notre malade et de devenir son ami après sa sortie de l'hôpital. Il se remet au travail assez rapidement, s'occupant pour gagner sa vie de photographie artistique ; il semble parfaitement guéri et apparaît comme normal dans la plupart des moments où on

l'aperçoit. Toutefois, pendant très longtemps, il semblait par intermittences assez éloignées, fortement absorbé, le regard fixe. Un de mes amis à qui j'avais demandé son impression sur lui, sans lui avoir raconté son histoire, me répond que c'est un halluciné. Toutefois l'attitude que nous signalons ne rappelle que de très loin celle du temps de sa maladie, car à une simple interpellation il répond en général rapidement, et reprend une attitude normale.

D'ailleurs ces légers troubles eux-mêmes disparaissent. Il persiste seulement comme souvenirs de ses réactions motrices vis-à-vis de ses obsessions, des mouvements analogues à des tics, intermitttents comme eux, brusques dans leur apparition, et qui se décomposaient en un mouvement d'inclination latérale de la tête à droite avec élévation concomitante de l'épaule du même côté, mais ces mouvements persistent seulement quelques mois, et le malade reprend une allure normale. Au point de vue mental, le malade reste ce qu'il était avant sa crise, c'est-à-dire qu'il a toujours son esprit inventif amateur de grands projets, amoureux des discussions animées. La mère, se rappelant que c'est à la suite de ce surmenage que la maladie avait débuté, l'engage à quitter Paris. Nous apprenons qu'il s'ennuie terriblement en province, qu'il devient mélancolique ; ses lettres nous révèlent ses préoccupations légitimes d'ordre matériel et moral.

Rechute. — Peut-être est-ce le concours de ses préoccupations et de son ennui qui explique une rechute ou reprise de sa maladie actuellement en pleine évolution et dont les déiails nous parviennent encore par lettre.

Son état en effet semble analogue à celui d'il y a trois ans ;

il nous suffira pour nous faire une opinion de relire quelques fragments de lettres envoyées par sa mère : « Nous employons quelquefois une heure, deux heures, ou même plus pour le sortir de cette espèce de léthargie où il est plongé toute la journée et cela en le tournant dans son lit, en lui tenant les yeux ouverts, ou avec des lotions froides et tout ce que l'on peut imaginer ». Dans une autre lettre : « il est comme hypnotisé et pour le faire manger, on multiplie tous les efforts, on emploie tout ce que l'on peut imaginer pour le sortir de lui et s'emparer de sa volonté ; il n'a pas l'ombre de volonté ; ou plutôt deux volontés qui se contredisent ». Elle dit également que son attitude est impressionnante et qu'elle fait peur aux personnes non prévenues. A un autre endroit : « lorsqu'on a proposé de le faire entrer à l'hôpital, il s'est mis en colère ; il dit qu'il se ferait mourir plutôt ».

De même, dans une dernière lettre, reçue d'une amie de la famille qui l'a soigné récemment, nous lisons : « Il est toujours sous le coup de cette torpeur cataleptique, mais la raison est intacte ; il raisonne très juste quand il est réveillé ». Un peu plus loin : « Il réfléchit trop... Je suis certaine qu'on arrivera à le tirer de cette triste situation car son intelligence n'est pas atteinte ; il n'y a certainement pas de folie ».

Pronostic. — Quelle sera l'évolution ultérieure de l'état de notre malade ? Actuellement, ainsi que nous venons de le voir, notre malade traverse une crise aiguë d'aboulie. A nous rappeler celle à laquelle nous avons assisté, il semble que le malade doive encore guérir. Il est possible qu'il puisse se res-

saisir d'une façon définitive et aboutir à la guérison complète ; toutefois, bien que mal connue, l'aboulie semble un syndrome lié à un trouble profond de l'économie morale de l'individu. Il y a, si nous pouvons dire, une atteinte à l'individualité de l'être et cette perturbation morale n'est pas, ainsi que l'a démontré l'étude clinique du malade, sans avoir un retentissement profond sur l'organisme physique. Nous voulons dire que le malade est atteint, par conséquent, dans ses moyens de défense et qu'ainsi il est à la merci d'une complication qui grave chez certains pourrait lui être fatale. En dehors de ces complications (maladies infectieuses, tuberculose pulmonaire), l'état aboulique lui-même, par sa persistance même, peut amener lentement, progressivement, un état cachectique analogue à celui que l'on observe dans certaines formes d'aliénation mentale, de neurasthénie, dans lesquelles le malade succombe, en dépit de tous les soins, à un véritable épuisement nerveux.

Il semble cependant que l'aboulie soit d'autant plus facile à guérir qu'elle est prise à son stade tout à fait initial. En ce qui concerne notre malade, nous pensons que c'est tout à l'origine, dès les premiers mois de 1905, alors qu'il ne manifestait que des symptômes vagues, simulant plus ou moins la neurasthénie, accompagnés d'un véritable signe révélateur : la rêverie extatique, qu'un traitement bien conduit eut été efficace. On conçoit ainsi l'utilité d'un diagnostic précoce.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Il est en général facile de reconnaître un aboulique. Toutefois si les symptômes sont peu accentués, comme dans la crise qu'a traversée notre malade en 902, où pendant la période d'envahissement prodromique de celle qui l'a amené à l'Hôtel-Dieu, le diagnostic peut être hésitant. Dans ces cas, les troubles de la volonté n'occupent qu'un plan tout à fait secondaire et ce sont ceux de l'attention et de l'association des idées qui éclipsent les premiers. Le malade est un distrait et un rêveur avant de devenir un aboulique ; il est nerveux, irritable, et ce sont là des manifestations d'une activité qui semble exagérée, mais est déjà pathologique, car derrière ces manifestations bruyantes, il y a en réalité « parésie psychique » et c'est progressivement, comme nous l'avons vu, que l'on approchera de la période d'aboulie confirmée.

A cette période, le diagnostic en général « crève les yeux », toutefois cette règle n'est pas sans exception, comme le montre l'exemple de notre malade et l'intensité même de l'aboulie peut donner le change

et faire croire à des troubles mentaux qui n'existent pas. De là la nécessité de faire une analyse complète de l'état mental du malade afin d'inventorier s'il y a lieu tous les troubles de l'intelligence et des différentes facultés psychiques. C'est ainsi que l'*intégrité de la conscience*, de la *faculté de perception* sont autant d'éléments qu'il est intéressant de connaître dans tous les cas de diagnostic hésitant. Chez notre malade l'aboulie est presque totale et son attitude, conséquence même de l'intensité de son aboulie, est ici une cause d'erreur de diagnostic. Si on le regarde, il semble un négativiste conscient; absorbé par la perpétuelle et obsédante vision des points et des lignes dont chacune de ses représentations est composée, son attitude ressemble bien aussi à celle d'un extatique.

Ne s'agit-il pas d'un *extatique hystérique ?* N'est-ce pas l'attitude d'un *indifférent mélancolique ?* ou bien ne traduit-il pas l'idée fixe d'*un délirant chronique ?*

A notre avis, il s'agit simplement d'une similitude superficielle, il y a une réaction commune qui est l'attitude fixe ; mais elle n'est que l'aboutissant d'une succession d'états pathologiques différents dont le dernier terme seul est commun. Il suffit de surprendre le malade à l'un de ces états intermédiaires, de provoquer en lui une réaction partielle quelconque pour se rendre compte de la cause de l'attitude extatique qui est en effet différente pour chacune des névroses à propos desquelles nous avons posé le diagnostic.

Les caractères mêmes de l'extase sont différents pour une observation plus attentive : l'extatique hystérique est absorbé par une seule idée et cette idée est si bien harmonisée avec ses différentes activités qu'elle semble se traduite au dehors dans tout son être. « Il paraît transfiguré... sa physionomie est expressive, mais ses yeux même grands ouverts ne voient pas ; la sensibilité générale est atteinte ; nul contact n'est senti ; ni piqûre, ni brûlure n'éveillent la douleur. » C'est le « ravissement » de sainte Thérèse dans lequel « le corps reste comme mort, dans une impuissance absolue d'agir ».

En réalité, comme nous le verrons, l'attitude de notre malade et l'extase de l'hystérique ont un mécanisme sensiblement différent mais dont la cause est toujours la représentation mentale de puissance anormale. Elles diffèrent par la nature et l'intensité de cette représentation ; au point de vue clinique, elles diffèrent de degré ; l'extase hystérique est plus intense, elles est au-dessus des influences extérieures et nous avons vu par quels procédés on la modifiait momentanément chez notre malade.

Au contraire le facies du mélancolique dans l'immobilité même de son attitude exprime surtout l'insuffisance de ses états psychologiques. C'est un déprimé et un négativiste, mais la dépression est primitive, elle se traduit suffisamment au dehors pour qu'on la reconnaisse.

Le délirant chronique est rarement un extatique ; même dans ce cas, il est facile à surprendre ; l'image

que sollicite son attention est en général complexe ou mobile et son attitude, calquée sur elle, suivra des oscillations parallèles.

En résumé le diagnostic sera facile par un examen prolongé dès qu'on aura dépisté les idées ou les images qui produisent l'attitude extatique et cette recherche sera une étude psychologique autant qu'une étude clinique. Mais il n'était pas sans intérêt de faire remarquer à propos de notre malade que l'extase était un symptôme, et qu'on la rencontrait ailleurs que dans l'hystérie.

Un autre phénomène qui mérite de nous retenir est celui qui consiste dans l'observation des diverses réactions musculaires que présente notre malade luttant contre l'image obsédante. A certains moments et c'est en pleine apogée de sa crise, complètement livré à lui-même, on le voit plongé dans une immobilité presque absolue. C'est un être inerte, peut-être a-t-il lutté pour se détacher de sa vision, à ce moment il apparaît bien comme vaincu et tout effort lui est impossible pour se resaisir. Au contraire, si un stimulant lui vient du dehors, qu'il survienne une perception banale, si on lui cause, on le voit tout à coup ébaucher un pénible effort ; il contracte certains groupes musculaires toujours les mêmes ; on le voit grimacer, élever l'épaule comme dans un spasme prolongé ; et cet ensemble de mouvements mérite bien le nom de *tics de défense*, puisque c'est pour échapper à l'*obsession* que le malade les produit, encore que cet effort soit souvent impuissant. A un

autre point de vue, c'est la répétition de ces tics de défense qui a créé chez notre malade une véritable habitude et c'est à elle qu'il faut attribuer les grimaces intermittentes que notre malade a présentées un certain temps encore après sa sortie de l'hôpital.

Si nous rappelons ces faits dans un chapitre de diagnostic, c'est qu'il y a un véritable diagnostic étiologique à se poser en présence de ces tics apparus chez un malade dont on ne connaît qu'imparfaitement l'histoire. Comme le dit Ballet, qui a particulièrement insisté sur ce point, l obsession peut sans doute réclamer à son actif un nombre plus considérable de ces tics réactionnels. ce qui rétrécit de plus en plus le groupe des phénomènes morbides un peu disparates que l'on a réunis sous le nom de *maladie des tics*.

CHAPITRE III

VARIÉTÉ CLINIQUE ET PATHOGÉNIE

Les variétés cliniques de l'aboulie sont extrêmement nombreuses. Il semble bien que cette multiplicité ne fait que traduire un mécanisme mental différent. Une classification idéale serait celle qui aurait pour base une analyse complète et parfaite de « l'acte volontaire ».

A la vérité la psychologie et la physiologie de la volonté sont encore à l'état d'ébauches et les discussions dans ce domaine retentissent sur la pathologie. Toutefois la question est plus simple pour le clinicien même s'il veut trouver l'explication des troubles qu'il constate. Pourquoi l'image motrice n'entraîne-t-elle pas le mouvement ? Dans une première grande classe d'abouliques l'insuffisance fonctionnelle résulte de l'impuissance à évoquer et à créer l'image motrice. Il s'agit chez eux d'un trouble que l'on a défini le « non-vouloir » par opposition au « non-pouvoir » qui appartient à une seconde classe d'abouliques.

Chez chez derniers, le mouvement correspondant à l'image ne se produit pas malgré l'effort tenté en ce but. Pour Langle et Cottard, les premiers seuls

sont des abouliques vrais. Pour Magnan et Déjerine, au contraire, l'aboulie ne commence qu'avec l'effort vers l'exécution ; elle existe quand cette exécution ne se réalise pas. C'est ce que nous avons essayé de distinguer dans notre définition de l'aboulie en considérant à l'acte de volonté deux stades successifs : stade impératif et stade exécutif.

En réalité cette distinction est plus théorique que pratique, et les malades rapportés dans le livre de Ribot, par exemple, disent indifféremment tantôt « je ne puis par vouloir », tantôt « je ne puis pas pouvoir ». Elle est restée classique cependant, car quoique théorique, elle répond assez bien à un certain nombre de faits cliniques.

Dans la première catégorie, on peut classer les abouliques au cours d'une psychose périodique : ce sont des mélancoliques, asthéniques, abouliques passifs chez qui on constate une égale impuissance pour tous les actes de la vie ordinaire quels qu'ils soient. Ils sont atteints de « non-vouloir » généralisé. Chez eux, c'est plus un trouble de la *sensibilité* qu'un trouble de la *volonté*.

D'ailleurs, au plus fort de sa crise, le mélancolique intermittent n'est pas surtout un aboulique, il a une « anesthésie complète des facultés sensibles ». Les êtres les plus chers lui sont indifférents ; les malheurs les plus grands peuvent venir le frapper lui et les siens sans l'émouvoir ; il semble bien, comme disait l'un d'eux, qu'il a une pierre à la place du cœur » et ce serait véritablement la mort morale si

une seule souffrance ne pouvait les atteindre, quelquefois avec une intensité proportionnelle à leur indifférence : la douleur même qu'ils éprouvent à constater leur insensibilité.

Dans le même groupe des asthéniques peuvent entrer les abouliques par fatigue ou par épuisement dans le cas de convalescence de maladies graves, par exemple. Il est des aboulies presque physiologiques. Ce sont plutôt des « ébauches d'aboulies » comme les appelle Ribot. « Il n'est personne qui n'ait traversé des heures d'affaissements, où toutes les excitations extérieures et intérieures, sensations et idées, restent sans action, nous laissent froids. C'est l'ébauche de l'aboulie ; il n'y a qu'une différence du plus au moins et d'une situation passagère à un état chronique. » Mais ce sont là autant de phénomènes que l'on retrouve avec toutes les variations de forme et d'intensité dans la famille si nombreuse des névropathes asthéniques.

La *neurasthénie* qui primitivement puis progressivement, par adjonctions successives, était arrivée à englober un complexus étendu de phénomènes disparates, constituant ainsi, comme le dit Raymond « un véritable géant démesuré et informe », tend à prendre actuellement une signification plus précise. Elle désigne dans le sens étymologique qui est aussi le sens pathogénique « l'asthénie du système nerveux » et comprend tous les signes physiques et psychiques de dépression de ce système. Elle se réduit ainsi à un véritable syndrome surtout carac-

térisé par des signes primordiaux bien décrits par Charcot sous le nom de « stigmates neurasthéniques »,c'est-à-dire la céphalée,la constipation, la dyspepsie et l'asthénie neuro-musculaire. L'état mental des neurasthéniques est fait de symptômes d'insuffisance : fatigues , faiblesse de l'attention, émotivité, sentiment d'impuissance, préoccupations hypocondriaques. Ce sont des abouliques, parce que des inattentifs, des affaiblis et des fatigués encore que tous les rouages de leur volonté soient conservés. Ce sont d'abord les actes compliqués qu'ils ne savent plus vouloir, puis progressivement le champ de leur activité se rétrécit jusqu'à être réduit à une impuissance générale de toutes leurs facultés.

A côté de cette maladie ou de ce syndrome, l'école de Charcot,puis Janet,ont,avec les matériaux de l'ancienne neurasthénie construit un édifice nouveau, dont l'utilité clinique ne semble plus contestée aujourd'hui par aucun spécialiste des maladies mentales.

Dans cette espèce nosologique ainsi créée de toutes pièces sous le nom de *psychasthénie*, Janet groupa et coordonna un ensemble de symptômes psychiques dont la signification était inconnue avant lui. Les obsessions,les préoccupations, décrites autrefois sous le nom de *folie lucide*, ces sentiments d'insuffisance psychologique, si fréquemment observés, ont avec les phénomènes impulsifs et le syndrome de l'aboulie des connexions étroites, sont souvent réunis chez le même malade et s'expliquent les uns par les

autres en se complétant. Ils sont rarement des productions spontanées apparues chez un individu jusque là normal, mais au contraire, presque toujours liés à un état constitutionnel dont les premières manifestations remontent jusqu'à l'enfance tandis que les autres troubles apparaissent avec une progression presque fatale. Le moindre incident peut en être le prétexte, et l'intérêt qui résulte du tableau clinique décrit par Pierre Janet est moins dans la précision avec laquelle il en a tracé tous les éléments que dans la découverte du mécanisme qui les produit et du « *fond mental* » sur lequel ils apparaissent progressivement.

L'abouliquc psychasthénique est aussi un douteur et un obsédé et c'est pour cela même qu'il est un aboulique. Quant à la forme de son aboulie c'est plus souvent un « non-pouvoir » qu'un « non-vouloir », quoique cette distinction perde son importance, en raison des troubles neurasthéniques qui peuvent compliquer à la longue la psychasthénie.

Enfin il nous reste pour pouvoir la rapprocher de notre cas, à décrire l'aboulie de certains hystériques que nous pouvons considérer comme le type du « non-pouvoir ».

Les conceptions médicales de l'hystérie ont considérablement varié et il ne nous appartient pas de les résumer. Un fait nous intéresse, c'est le relief que l'on a donné à la *suggestion* dans un grand nombre de phénomènes hystériques. L'hystérique qui veut remuer sa jambe et constate qu'il ne le peut

pas alors qu'il n'existe aucune lésion pour expliquer cette paralysie est en réalité un aboulique : la paralysie hystérique pouvant très bien être considérée comme une forme un peu spéciale de l'aboulie. Si le malade n'éxécute pas une représentation cependant nette dans son esprit, c'est qu'il obéit à une image subconsciente souvent production d'une auto-suggestion qui lui soutire en quelque sorte le moyen et l'activité nécessaire pour exécuter cette représentation.

En réalité nous n'avons voulu décrire que certaines formes types d'abouliques et qui peuvent nous intéresser au point de vue de la discussion du cas que nous avons rapporté. C'est au détail de l'observation qu'il faut recourir si l'on veut savoir pourquoi notre malade « n'exécute pas ».

Sans vouloir essayer de pénétrer jusqu'au fonctionnement intime de la volonté dont nous connaissons bien peu de chose malgré les multiples travaux des psychologues, il est intéressant d'en rappeler les principaux caractères.

L'acte volontaire est un acte conscient et ce caractère le différencie de tous les mouvements réflexes dont le mécanisme est beaucoup plus simple à interpréter. C'est une notion dont l'importance a été reconnue depuis les premiers travaux sur la psychologie de la volonté. Citons au hasard, Spencer pour qui : « un mouvement n'est volontaire que lorsqu'il a été représenté dans la conscience avant d'être ac-

compli. » Maine de Biran ajoute à ce caractère une sensation particulière : la sensation de l'effort. Mais ces interprétations doctrinales ont peu d'intérêt pour le cas qui nous occupe.

Une représentation *physiologique* de l'acte de volonté a été tentée à différentes reprises et dernièrement par un savant allemand, *Wernicke*. Il considère en effet les actes volontaires comme des actes réflexes « mais dont l'arc est superposé au réflexe médullaire et bulbaire ». Les phénomènes qui s'y passent appartiennent à un domaine spécial, celui de la conscience. Il considère à ce réflexe psychique trois stades : psycho-sensoriel, intra-psychique et psycho-moteur ; et cette division, quoique schématique, aurait tout au moins un intérêt chronologique dans la représentation de certains troubles psychiques. Il admet qu'une lésion de la voie psycho-motrice explique très bien des phénomènes dans lesquels le mouvement correspondant à un but donné s'exécute défectueusement, et que l'on avait décrits depuis peu de temps sous le nom d'*apraxie*. Nous ne voulons pas nous étendre sur ces phénomènes dont l'étude a été parfaitement mise au point en 1907 par le Dr Rose. L'aboulie et l'apraxie sont bien différentes : toutes deux résultent d'un trouble dans l'exécution d'une représentation motrice mais l'aboulie est un défaut d'exécution, l'apraxie consiste en une exécution défectueuse.

Si nous avons rapproché ces deux phénomènes, c'est pour révéler une des causes de l'obscurité qui

règne dans la discussion des troubles de la volonté ; c'est-à-dire l'absolue ignorance des phénomènes physiologiques et des lésions pathologiques qui permettent de les expliquer. C'est donc par la connaissance seule des lois psychologiques un peu mieux connues, mais encore discutées que nous arrivons à interpréter les faits.

« Le principe fondamental, dit Ribot, qui domine la psychologie de la volonté sous la forme impulsive à l'état sain comme à l'état maladie, c'est que tout état de conscience a toujours une tendance à s'exprimer, à se traduire par un mouvement, par un acte. »

Ribot donne comme condition de l'acte volontaire la représentation, et un état émotionnel sans lequel la représentation est lettre morte. Il semble ainsi rattacher l'aboulie à une diminution de la sensibilité, à une disparition des émotions et des désirs.

Janet donne plus d'importance à la forme de la représentation motrice résultante ou dernier terme d'un raisonnement qui précède toujours le mouvement réalisé et le produit en quelque sorte.

Quoi qu'il en soit de ces discussions psychologiques qui ne sont peut-être que des discussions de points de vue, un fait en résulte c'est la complexité des éléments qui interviennent successivement dans l'exécution d'un mouvement volontaire et le rôle prépondérant de l'image motrice.

La *sensibilité* loin d'être inefficace cependant intervient activement pour renforcer l'image et c'est lors-

que celle-ci a l'intensité et la netteté voulues, que le mouvement se produit.

Ces lois se vérifient pour notre malade. Pendant toute cette période où il semble absorbé par l'obsession des formes, une image motrice introduite dans sa conscience n'arrive pas à provoquer de mouvement. Quand on lui présente sa nourriture, il l'aperçoit bien, il voit bien le geste qu'il faut faire pour la prendre puisque plus tard il dira : « On croit que je refuse de manger, c'est que je ne puis m'ôter de moi-même pour exécuter un acte aussi simple. » Il semble que toute l'activité cérébrale est épuisée par son obsession et l'effort qu'il fait pour s'en détacher. L'image nouvelle introduite n'a pas droit de cité, aussitôt qu'apparue dans le champ de la conscience elle disparaît, ne laissant que peu de traces. Même si elle est maintenue, c'est presque une étrangère, elle est incapable de lutter contre celles qui épuisent à leur profit toutes les forces vives de l'individu.

M. Pierre Janet appelle champ de la conscience « le nombre le plus grand de phénomènes simples ou relativement simples qui peuvent être réunis à chaque moment, qui peuvent être simultanément rattachés à notre personnalité dans une même perception personnelle. Le champ de la conscience peut être rétréci et c'est le cas des abouliques neurasthéniques chez qui un petit nombre de perceptions produit de la fatigue et de la dépression cérébrales. Dans le cas de notre malade, le champ de la conscience n'est pas rétréci, mais il est obstrué par des obsessions

successives et il ne reste plus pour une image motrice d'activité cérébrale à son service. Pour que cette image se traduise en mouvement, elle doit être la plus forte. Quelquefois cette image se renforce chez notre malade du fait d'une émotion agréable ou d'une surprise assez vive et elle devient alors suffisante pour provoquer l'action. Il ne mange pas lorsqu'il est aidé par tel infirmier ; il mange plus facilement lorsqu'il est aidé par tel autre dont la vue lui cause plus de plaisir. Il soutient une conversation avec telle personne ; il répond plus difficilement à telle autre et lorsqu'on l'interroge sur ce fait, il nous dit lui-même que du soulagement et de la détente qu'il éprouve dans ce dernier cas, ses représentations sont plus libres, ce qui veut dire qu'elles sont plus nettes.

Enfin ce phénomène de *renforcement* de l'image motrice est plus manifeste dans plusieurs circonstances relatées dans notre observation. C'est l'émotion faite de surprise et de joie, faite également du désir de ne pas paraître trop déchu du fait de sa maladie qui stimule son activité en présence de l'amie qui vient le voir pour la première fois depuis sa maladie et c'est la raison pour laquelle il peut pour la première fois causer correctement. C'est également l'amour-propre et la crainte du ridicule qui lui font retrouver son talent de pianiste en présence de certaines personnes et exécuter des morceaux qu'il n'aurait certainement pas joués s'il avait été seul ou en présence de sa mère seule. A ce point de vue il

est à noter que les sentiments dans lesquels il y a surprise et impression de contraste sont les plus puissants. Dans tous les cas l'émotion agit à la fois pour stimuler l'image et amoindrir l'obsession ; ce qui est identique au point de vue du résultat à produire, c'est-à-dire une image dominante : c'est là tout le mystère de la volition.

Notre malade est donc un aboulique parce qu'il est un obsédé, et immédiatement nous avons tendance à le faire rentrer dans le groupe des psychasthéniques décrits par Janet. En réalité il n'est pas superposable aux nombreux malades présentés à ce titre.

Nous n'avons pas noté dans son observation ces phénomènes multiples de doute morbide, ces impulsions, ces scrupules exagérés, ces phobies qui sont souvent des stigmates révélateurs, et surtout ce fond d'incomplétude, cette sensation d'insuffisance des facultés psychiques qui caractérise le psychasthénique. Il a de ce dernier le caractère irritable et entêté, le goût de la discussion, et surtout la distraction et les troubles si variés, voisins de l'obsession, que nous avons décrits constituant le fond même de son caractère.

Quelle que soit d'ailleurs l'étiquette plus générale que nous devons lui donner il s'agit d'un malade constitutionnellement mal équilibré chez qui l'imagination hypertrophiée fait de lui le distrait et le capricieux qu'il était depuis son enfance et fera de lui

l'obsédé et l'aboulique intermittent que nous avons eu l'occasion d'observer.

Cette explication générale de l'aboulie appliquée à notre malade semble bien conforme aux conceptions classiques de la psychologie de la volonté En résumé l'aboulie n'est autre chose que l'impossibilité de donner à l'image motrice l'éclat et la netteté suffisante, en un mot, de la rendre dominante dans la conscience, l'obsession jouant dans le cas particulier le rôle d'obturateur ou de diaphragme photographique vis-à-vis de l'image motrice nouvellement apparue.

Mais est-ce là une explication suffisante pour tous les faits relatés dans notre observation et le rôle de l'obsession ne doit-il pas être un peu différemment interprété dans certains cas ?

C'est qu'en effet il n'y a pas de phénomène psychologique plus complexe que la volition et c'est peut-être une façon trop sommaire de la considérer au point de vue de l'étude de la pathologie comme une simple image motrice prépondérante.

Comme le dit Ribot, « la volition n'est pas un acte net et tranché, il y a des ébauches et des essais » et l'on peut deviner de ce fait tous les troubles susceptibles de se produire pendant cette période progressive que nous avons appelé stade représentatif. D'autre part, le stade exécutif n'est pas moins complexe et il nous suffit de rappeler dans un acte aussi simple que de « porter un verre d'eau à la bouche » les connexions multiples de l'image motrice corres-

pondante avec les neurones centraux et les fibres nerveuses qui commanderont les groupes musculaires assez nombreux qui doivent intervenir pour l'exécuter.

Ce geste banal de la vie ordinaire exige une image kinétique complexe avec des associations nerveuses multiples et dont l'exécution en quelque sorte successive peut être, à chacun de ses moments, arrêtée ou troublée.

Nous avons vu que parfois il suffit à notre malade de « vouloir » pour ne pas « pouvoir », tantôt c'est comme si l'effort volontaire inhibait la volonté d'accomplir l'acte commandé, tantôt il y a commencement de l'exécution de l'acte volontaire, mais au cours de cette exécution survient un arrêt, non pas par inhibition, mais par bloquage.

Dans le premier cas, il n'y a pas à proprement parler d'obsession, le malade veut se lever, il ne le peut, et il est à noter que sa volonté qui constitue à ce moment l'acte impératif n'est pas renouvelé. Quand le malade dit : « Je veux me lever » il lui serait plus exact de dire : « J'ai voulu me lever. » En un mot il semble que l'image ait été trop rapide, il n'y a pas là un défaut d'intensité de l'acte impératif, mais un défaut de persistance de cet acte comme si l'idée traversait le cerveau sans s'y arrêter. Si l'on veut, il y a bien là un défaut d'attention, mais avec cette différence que ce défaut n'existait pas au début de la volition ; c'est donc moins une absence d'attention, qu'un manque d'attention, et ce phénomène

apparaît comme un exemple de cette forme si fréquente d'aboulie : l'aboulie par impuissance.

De plus, non seulement, il n'y a pas persistance de l'image, il peut y avoir, comme le montre les faits rapportés, inhibition des actes impératifs secondaires, c'est-à-dire que le malade a bien voulu une première fois, mais qu'il ne peut plus vouloir, comme si l'effort volontaire avait épuisé chez lui la volonté, c'est l'épuisement par l'effort différent de l'aboulie par obsession dont nous allons parler.

Dans une autre variété d'aboulie dont nous rencontrons également des exemples dans notre observation, il y a aboulie par obsession. Cette obsession n'est jamais primitive, elle joue le rôle d'un véritable frein mécanique, brusquement serré au second stade de l'acte volontaire. Le malade regarde un objet, il veut s'en saisir, mais au cours de l'exécution de cet acte, il est arrêté par une partie de l'objet, un point, quelquefois même, quelque chose d'indépendant de l'objet, mais s'y rattachant, indirectement par une image. Il est fasciné, buté, c'est un véritable état d'hypnose passagère. Quand cet état est prolongé, l'obsession peut conduire le malade à l'impuissance et ceci nous ramène à la première forme d'aboulie, ce qui montre bien l'enchaînement dans les deux mécanismes.

Il peut se faire au contraire que le malade coupe court à son obsession. Nous l'avons vu essayer divers procédés qui lui permettraient « de sortir de lui-

même » et faire ainsi par lui-même une sorte d'éducation de sa volonté pendant ses états d'aboulie.

Nous pensons, fait important au point de vue thérapeutique, que si le malade avait été aidé dans cette voie médicalement, il aurait pu aboutir à un résultat que, livré à lui seul, il n'a pu atteindre. Au cours de son obsession le malade est attiré par une autre image, il passe brusquement, automatiquement d'une obsession à une autre, mais souvent la seconde le conduit à accomplir l'acte volontaire primitivement ébauché comme si elle levait l'interdiction, l'inhibition primitive. Nous ne pouvons mieux faire pour résumer le rôle de l'obsession vis-à-vis de la volonté que de rappeler une des comparaisons employées par le malade et dont le souvenir nous revient à ce moment : « Je compare un de mes actes volontaires à une bille d'un billard chinois qui, lancée vers un but donné n'y parvient qu'en se butant successivement aux clous dont le billard est hérissé. Une volition normale peut être représentée par une ligne droite, la mienne est un trajet en zigzags qui souvent ne s'achève pas ».

Mais il est un mécanisme de l'aboulie dont nous n'avons pas parlé dans notre observation. C'est celui qui résume l'influence sur l'acte volontaire des images *subconscientes*. On sait combien ce mécanisme est fréquemment invoqué par les malades de Janet chez qui la pensée hésitante, grâce au conflit du passé subconscient et de l'image motrice actuelle, n'arrive pas à se réaliser. C'est également le cas des

abouliques hystériques dont l'activité est compromise par « l'idée fixe subconsciente » introduite dans l'esprit par la suggestion et surtout *l'auto-suggestion*. Si l'on veut c'est chez ces malades surtout que « le présent est gros du passé » et qu'aucun de leurs états psychiques n'est définitivement perdu, enregistré qu'il est par la mémoire et susceptible tant en restant dans le subconscient d'exercer sur les actes futurs une influence quelquefois prépondérante et en tous cas créer cette hésitation, ce doute morbide qui chez beaucoup d'abouliques constitue le fond même de leur état mental.

C'est une phrase d'une des dernières lettres reçues de sa mère qui nous amène à étudier chez notre malade le rôle d'une suggestion inconsciente « il n'a pas l'ombre de volonté ou plutôt deux volontés au lieu d'une » et nous nous demandons si ces paroles ne traduisent pas un dédoublement subconscient ou inconscient de la personnalité qui intervient ainsi pour entraver son activité volontaire.

Nous rappelons cependant, lors de son séjour à l'Hôtel-Dieu, n'avoir rencontré qu'un petit nombre de phénomènes de doute et nous ne croyons pas que ce soit là la forme de son état mental.

Le dédoublement dont nous parlons, s'il existe, serait secondaire. Le doute qui résulte de deux volontés serait né de la constatation de son habituelle impuissance à exécuter l'acte conçu.

Notre aboulique s'il est un douteur est surtout un obsédé. Si nous devions établir une gradation chro-

nologique dans l'évolution de ses troubles, l'obsession serait la première en date, elle serait la cause de l'aboulie et le doute la conséquence ultérieure.

C'est l'obsession qui forme le fond mental de notre malade. A considérer le mot *dégénéré* dans son sens le plus large, c'est un *dégénéré mental héréditaire*. Il rentrerait ainsi dans la grande classe des abouliques héréditaires si bien décrits par Ballet.

Quant à essayer de se représenter le *substratum anatomique* qui correspond à cet état constitutionnel, cette question ne rentre pas dans le cadre de notre étude et nous sommes d'ailleurs réduits à des hypothèses non démontrées. « Chaque individu, dit Le Dantec, vient au monde avec une substance spécifique douée d'aptitude ou mieux d'inaptitude chimico-physique tenant à la constitution même de la cellule ». D'autres au contraire, préfèrent à cette hérédité chimique l'hypothèse d'une hérédité morphologique, quoique nos moyens d'investigations ne permettent pas d'en faire la preuve histologique.

Quoi qu'il en soit, il suffit d'établir au point de vue qui nous occupe qu'il existe une *prédisposition* organique liée vraisemblablement à l'hérédité et que le phénomène de l'aboulie n'en est que la révélation au même titre que d'autres troubles mentaux. Il est non moins certain que l'éclosion de ces troubles dépend de causes occasionnelles parmi lesquelles le surmenage physique et moral occupe une place importante, et cette constatation est légalement intéressante au point de vue du traitement.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

C'est surtout en thérapeutique mentale que l'axiome « il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades » se trouve vérifié. L'aboulie est un syndrome et les manifestations en sont multiples. Théoriquement on pourrait prendre pour base d'une étude thérapeutique la varité clinique sous laquelle se présente un cas d'aboulie. En réalité comme nous l'avons vu, les diverses formes d'aboulie se compliquent entre elles chez le même malade et il est préférable de le suivre en quelque sorte aux différentes phases de son état : phase de début où l'aboulie est encore imprécise, phase d'état où l'aboulie est instituée, phase d'amélioration où l'aboulie commence sa rémission ; enfin phase de vie normale où cependant notre malade est en réalité un aboulique en puissance puisqu'il est en quelque sorte prédisposé de par sa constitution et son hérédité.

Au début, nous nous trouvons en présence de seuls symptômes de dénutrition, de neurasthénie, ou de toute dépression nerveuse relevant du surmenage physique ou moral ou d'une émotion doulou-

reuse. Le rôle du médecin doit être d'isoler avant tout le malade de son milieu, afin de prévenir la crise en mettant le malade à l'abri de la *suggestion* créée par l'entourage. D'autre part, il faut dès ce stade entreprendre l'éducation de sa volonté, lui inspirer confiance à lui-même, réveiller tous les sentiments d'amour-propre, d'énergie, le flatter même au besoin ; enfin à cette cure morale il faut ajouter des agents physiques d'une grande importance.

C'est à la phase de début surtout que l'hydrothérapie peut être d'un grand secours, surtout si elle est suivie d'une séance de massage. Les sports également en créant, non seulement une dérivation aux idées obsédantes du malade, mais encore en activant les étranges nutritifs, peuvent rendre des services précieux. On prescrira une alimentation régulière et reconstituante ; enfin on interdira au malade tout surmenage physique et moral.

Un malade ainsi traité dès le début a de sérieuses chances de guérison. Malheureusement, il faut bien le dire, il n'est pas possible lorsque ce malade appartient à la classe moyenne comme celui qui nous occupe, d'utiliser toutes les ressources thérapeutiques dont on pourrait disposer.

A la période d'état, nous sommes en présence d'un syndrome d'une certaine gravité, et la thérapeutique semble devoir se résumer à un simple traitement de l'état général, le devoir du médecin étant de recourir au plus pressé. Toutefois le malade qui est en ce moment-ci sourtout un obsédé, nous a appris

qu'il a pu, par des moyens détournés, lutter contre son obsession.

Actuellement il ne peut rien par lui-même, il est annihilé ; toute son activité est épuisée, soutirée par la série successive des images obsédantes. Il faut essayer, comme il le dit à différentes reprises de « le sortir de lui-même », pour cela lui causer sur des sujets variés, lui faire faire des mouvements passifs, s'occuper de lui, réhabituer en quelque sorte l'attention spontanée à suivre sans s'arrêter des images successives au lieu de s'immobiliser, de « s'engluer » comme il le dit lui-même, à propos de chacunes d'elles. Il faut, dans le sens étymologique du mot, le distraire, c'est-à-dire le distraire de lui-même, de ses représentations, si l'on veut, lui réapprendre l'*automatisme* de ses associations d'idées et c'est là un travail absorbant, que de repenser en quelque sorte derrière lui, en s'imposant comme seule règle cependant de ne pas fatiguer ni irriter son malade. Ce travail suppose certaines aptitudes spéciales et c'est le lieu de répéter le mot de Maurice de Fleury, parlant des neurasthéniques : « Quiconque les trouve ennuyeux, n'a qu'à s'occuper d'autre chose ».

Dans le même ordre d'idées, lorsqu'il s'agit d'un mouvement à exécuter et déjà ébauché, lorsque l'obsession devient une cause d'arrêt, il faut s'appliquer chez le malade, à favoriser l'obsession de remplacement dont nous avons parlé, afin de le conduire ainsi par quelque moyen que ce soit à l'achèvement de

l'acte volontaire. C'est ce que nous appellerons, si l'on nous permet l'expression : faire le malade, épeler sa volonté.

Mais il importe que dans tous les cas, le médecin soit sympathique au malade, car nous avons appris de lui que cette sympathie provoquait en lui une véritable détente. Le médecin doit donc gagner la confiance du malade, naturellement méfiant et irritable, et il le doit encore afin de forcer celui-ci à se soumettre de bonne grâce au régime qui lui est appliqué.

Ce régime comporte avant tout l'isolement.

L'*isolement* c'est l'isolement de l'hôpital ou d'une maison de santé où le malade sent vivre autour de lui ; de beaucoup préférable à un séjour dans une maison de campagne, c'est-à-dire la *solitude* qui ne ferait qu'accroître sa dépression nerveuse en le plongeant plus avant encore dans ses obsessions. Nous adoptons à ce sujet les idées de Déjérine qui s'appliquent particulièrement à notre malade, puisque c'est aux obsédés surtout qu'il convient de ne négliger aucune des distractions, des dérivatifs que sont les perceptions extérieures résultant d'un va et vient autour du lit du malade. Egalement nous pensons que cet isolement ne doit pas être d'une rigueur absolue, et il peut y avoir un grand profit pour le malade à provoquer chez lui une émotion en le rattachant brusquement à son milieu. Il suffit pour nous convaincre de nous rappeler que c'est à une émo-

tion de ce genre que le malade a dû une amélioration presque brutale de son état, en 1905.

Le malade doit recevoir une alimentation reconstituante. Tout d'abord parer à l'aboulie alimentaire. C'est le gavage dont on s'est servi à l'hôpital, mais le gavage est extrêmement pénible à un malade qui reste conscient, il sera préférable de le nourrir par tous les moyens possibles quand ils ne le fatiguent pas : en particulier par des lavements nutritifs ou même par des injections sous-cutanées de sérum ; il s'agit de malades cachectiques, il y a intérêt à les hydrater.

Dans certains cas, on peut recourir à l'hydrothérapie, mais il faut être extrêmement prudent quand le malade est déprimé, car il n'a pas toujours l'énergie suffisante pour faire les frais d'une « réaction ». La souffrance qui résulte de l'application de ce traitement est quelquefois très vive en raison de la *faiblesse irritable* de ces psychopathes et notre malade a gardé des bains et des douches froides qu'on avait essayés, quelques jours à peine à son sujet, un souvenir des plus pénibles.

Dans certains cas, *l'électrothérapie* peut donner d'excellents résultats. Mais c'est surtout à la période de *déclin* qu'elle sera précieuse.

C'est à cette période surtout qu'il faut redonner au malade la confiance qu'il a perdue et entreprendre la rééducation de sa volonté. Il faut l'empêcher de raisonner ses actes. Les abouliques sont le plus souvent des raisonneurs et leur raisonnement réalise

parfois de véritables auto-obsessions. Il faut habituer le malade à agir naturellement, à ne pas décomposer ses actes et ses mouvements, car cette décomposition est semée d'embûches, puisque chaque partie peut être un point de départ pour l'obsession.

Enfin et surtout il faut savoir prévenir les rechutes et continuer néanmoins à exercer sur le malade une surveillance discrète mais attentive. Même après sa guérison, il ne faut pas « le livrer à lui-même » et c'est un véritable règlement de vie qu'il faut instituer, une véritable direction morale à laquelle le malade doit obéir.

Nous croyons que c'est pour n'avoir pas connu ce règlement, pour avoir manqué d'une telle direction qu'il souffre aujourd'hui d'une nouvelle crise. Nous croyons également que le séjour en province, des préoccupations multiples dont nous avons eu un écho, l'ennui prolongé dans l'atmosphère de la famille, toujours un peu étouffante pour ces malades, une sollicitude dévouée mais insuffisamment éclairée, un travail forcé irrégulier, véritable surmenage intermittent, ont été cette fois encore les causes occasionnelles de sa rechute. C'est au contraire la distraction, la vie un peu faite d'imprévu, le travail plus régulier, une direction et des amis, qu'il aurait fallu à cet obsédé aboulique qui n'aurait peut-être été qu'un rêveur si sa situation sociale et une fortune suffisante lui avaient permis, dans des conditions où il n'aurait pas connu le surmenage, de promener à travers le monde son esprit trop curieux,

trop amoureux de l'analyse, et les distractions qu'il aurait rencontrées, auraient évité chez lui l'*obsession*. Mais la nécessité même où il est pour vivre une vie normale, de voir réalisées ces conditions, prouve son déséquilibre. La marque d'un esprit bien conformé n'est-elle pas de « s'efforcer à dominer les choses plutôt que de se laisser vaincre par elles ».

CONCLUSIONS

I. — L'aboulie n'est pas une maladie mais un syndrome.

II. — Ce *syndrome* est lié à un trouble de la *représentation mentale*, considérée soit pendant son apparition progressive dans la conscience, soit dans l'exercice de son pouvoir moteur qui, soumis à des conditions multiples, est susceptible d'entraves successives.

Dans l'observation que nous rapportons, c'est à l'*obsession* qu'il faut attribuer le principal rôle dans le mécanisme de l'aboulie.

Dans certains cas, c'est en empêchant l'intensité et l'éclat de l'image motrice que l'obsession primitive soutirant à son profit toute l'activité psychique produit l'aboulie.

Dans d'autres, l'image motrice apparaît bien dans la conscience avec une intensité suffisante, mais l'obsession, aussitôt, avant toute ébauche de mouvement, joue vis-à-vis d'elles un rôle *d'inhibition*.

Lorsqu'au contraire, le mouvement a déjà commencé de s'exécuter ; en pleine exécution de l'acte volontaire, l'obsession peut encore jouer un véritable rôle de *frein*.

Dans tous les cas, c'est *l'automatisme* de la volition qui est troublé à un moment quelconque de son évolution.

Ce sont là autant de mécanismes qui correspondent à autant de variétés d'aboulie, dont nous avons rapporté des exemples dans l'histoire clinique que nous résumons.

III. — Dans le cas clinique que nous décrivons, il y a des symptômes *négatifs*, c'est l'intégrité de la faculté de perception, de la mémoire, du raisonnement et de la conscience.

Les symptômes positifs se résument à des troubles de l'*attention* et de l'*association des idées*.

L obsession est le symptôme dominant.

Cette obsession n'a pas dans son objet l'exclusivisme habituel, elle n'est pas limitée à un petit nombre d'idées fixes, toujours les mêmes « jaillissant comme dit Ribot, brusquement du fond de l'inconscient ».

Tout ce qui a une « forme » est pour notre malade point de départ de l'obsession qui apparaît ici bien plus comme une *tendance* de l'esprit que comme une préoccupation morbide.

B. — L'obsession et l'aboulie peuvent produire, dans certains cas, une véritable *attitude extatique*, dont le diagnostic est à faire avec l'extase de l'hystérique, du mélancolique intermittent et de certains vésaniques.

C. — L'obsession provoque des réactions de défense, dont la répétition peut déterminer la for-

mation de véritables tics dont on pourrait être ultérieurement amené à discuter l'étiologie.

D. — L'évolution d'un cas d'aboulie, peut être une évolution par crises successives, il n'y a pas là une véritable intermittence, chacune des crises est expliquée par des conditions physiques et morales dont elle a été précédée.

IV. — Au point de vue du pronostic l'aboulie est un symptôme grave parce que c'est un trouble de l'économie psychique.

V. — Nous n'avons pas de base anatomo-pathologique qui nous permette d'établir nettement la pathogénie de l'aboulie, ce qui fait que nous sommes réduits à des hypothèses.

VI. — Le traitement rationnel est l'isolement, une médication reconstituante sous toutes ses formes, et la psychothérapie.

Vu : le Président de la thèse
GILBERT BALLET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.